

Skicka blanketten till
Försäkringskassan
901 81 Umeå

Den här blanketten ska användas när en vårdgivare som är registrerad i tandvårdsportalen har överlåtit sin verksamhet till en ny ägare. Om överlåtelsen inte ännu har registrerats hos Bolagsverket måste du bifoga en generalfullmakt.

Blanketten ska fyllas i elektroniskt samt skickas in per post med firmatecknarens underskrift. För information om hur blanketten ska fyllas i, se bilaga Information om blanketten. Vår handläggningstid är upp till 30 dagar.

1. Den anslutna vårdgivarens uppgifter

Företagets namn	Organisationsnummer -
-----------------	--------------------------

2. Den nya vårdgivarens uppgifter

Företagets namn

3. Kontaktperson

Förnamn	Efternamn	Personnummer -
Telefon	E-post	
Förnamn	Efternamn	Personnummer -
Telefon	E-post	

4. Firmatecknare

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

5. Legitimerad tandläkare/tandhygienist

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Tandhygienist		_____ - _____
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Tandhygienist		_____ - _____
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Tandhygienist		_____ - _____
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Tandhygienist		_____ - _____
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Tandhygienist		_____ - _____
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

6. Vårdgivaradministratörer av tandvårdsportalen

Mottagningens namn		Mottagningsnummer 3, 3, 3
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		Personnummer
Förnamn	Efternamn	
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Mottagningens namn		Mottagningsnummer 3, 3, 3
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		Personnummer
Förnamn	Efternamn	
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

7. Personer med väsentligt inflytande över verksamheten

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roll i verksamheten		
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roll i verksamheten		
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

7. Personer med väsentligt inflytande över verksamheten, fortsättning

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roll i verksamheten		
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roll i verksamheten		
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

8. Mottagningens administratörer av Tandvårdsportalen

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		

9. Mottagningens normalanvändare av Tandvårdsportalen

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person		<input type="checkbox"/> Ta bort person

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person		<input type="checkbox"/> Ta bort person

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person		<input type="checkbox"/> Ta bort person

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person		<input type="checkbox"/> Ta bort person

10. Underskrift av firmatecknare före överlåtelsen

Datum	Namnteckning	
Namnförtydligande		Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

11. Underskrift av firmatecknare efter överlåtelsen

Datum	Namnteckning	
Namnförtydligande		Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Information om blanketten

Ansökan

Anslutning till Tandvårdsportalen vid överlåtelse (FK 7028)

1. Den anslutna vårdgivarens uppgifter

Här anger ni uppgifter om den vårdgivare vars verksamhet ska överlåtas.

2. Den nya vårdgivarens uppgifter

Här anger ni namnet på den vårdgivare som ska överta den anslutna vårdgivarens verksamhet. Observera att Försäkringskassan inte ändrar namnet i sina system förrän namnändringen är gjord hos Bolagsverket.

3. Kontaktperson

Ange den person som vårdgivaren utsett till att ansvara för mottagningens kontakter med Försäkringskassan. Kontaktpersonen behöver inte vara en person som har ett formellt ansvar för mottagningen.

4. Firmatecknare

Här anger ni uppgifter om den/de personer som ska vara firmatecknare efter vårdgivarens verksamhet har överlåtits. Ange alla personer som finns anmälda som firmatecknare hos Bolagsverket.

5. Legitimerad tandläkare/tandhygienist

Ni måste ha minst en legitimerad tandläkare eller tandhygienist anställd eller anlitad hos er efter verksamheten har tagits över för att få vara anslutna. Ni kan själva utse vem eller vilka ni ska anmäla. Glöm inte bifoga kopia på godkänd tandläkare eller tandhygienistlegitimation utfärdad av Socialstyrelsen.

6. Vårdgivaradministratörer av Tandvårdsportalen

Ange de personer som ska registreras som vårdgivaradministratörer i Tandvårdsportalen i den nya verksamheten. Dessa personer kan lägga in uppgifter om befintliga mottagningar i systemet och ändra i information som finns på vårdgivare och mottagningsnivå. Vårdgivaradministratörer kan även ändra uppgifter om bankgiro och skicka in bilagor till Försäkringskassan vid efterhandskontroll

Observera att ni ska ange minst en vårdgivaradministratör även om ni har ett journalsystem. Tänk på att utbetalning bara kan göras till bankgiro. Har ni inte bankgiro måste ni ansöka om detta hos er bank.

7. Personer med väsentligt inflytande över verksamheten

Här anger ni alla personer som anses ha väsentligt inflytande över er verksamhet (exklusive firmatecknare vilka ska anges under punkt 3).

Personer med väsentligt inflytande är, beroende på vårdgivarens bolagsform:

- a) i aktiebolag och ekonomiska föreningar den verkställande direktören, om det finns en sådan, samtliga styrelseledamöter och styrelsesuppleanter samt annan som genom ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande över verksamheten, som exempelvis personer med generalfullmakt
- b) i aktiebolag och ekonomiska föreningar som är fåmansföretag enligt 56 kap. 2 §, inkomstskattelagen (1999:1229) ska utöver uppgifterna i punkt a) samtliga delägare anges,
- c) i kommanditbolag och andra handelsbolag ska samtliga bolagsmän och annan som genom ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande över verksamheten anges, som exempelvis personer med generalfullmakt,
- d) i enskilt bedriven verksamhet den enskilde näringsidkaren.

Övriga personer med väsentligt inflytande och som ska anges, oavsett bolagsform, är:

- e) verksamhetschef/verksamhetschefer (klinikchefer) i er verksamhet som ska finnas i enlighet med 16a § Tandvårdslagen (1985:125),
- f) samtliga behandlande tandläkare eller tandhygienister om sådana hos vårdgivaren uppgår till tio eller färre.

Ni ska även ange om någon av personerna som har väsentligt inflytande enligt ovan tidigare har varit vårdgivare, eller varit verksam hos en vårdgivare som var ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd. Detta gör ni genom att kryssa i JA eller NEJ i den separata rad som finns under fältet för personens roll i verksamheten.

8. Mottagningsadministratörer av Tandvårdsportalen

Ange den eller de personer som ska registreras som mottagningsadministratörer i Tandvårdsportalen när verksamheten överlåtits. Observera att om ni planerar att avsluta befintlig mottagning och öppna en ny, t ex om ni planerar att använda ett annat journalsystem i den nya verksamheten, måste ni ansöka om anslutning för den nya mottagningen med blankett FK 7014. Om ni ska starta en ny mottagning behöver ni inte fylla i några uppgifter om mottagningsadministratör på den här blanketten, utan ska istället använda FK 7014.

9. Mottagningens normalanvändare av Tandvårdsportalen

Ange den eller de personer som ska registreras som normalanvändare i Tandvårdsportalen när verksamheten överlåtits. Observera att om ni planerar att avsluta befintlig mottagning och öppna en ny, t ex om ni planerar att använda ett annat journalsystem i den nya verksamheten, måste ni ansöka om anslutning för den nya mottagningen med blankett FK 7014. Om ni ska starta en ny mottagning behöver ni inte fylla i några uppgifter om normalanvändare på den här blanketten, utan ska istället använda FK 7014.

10. Underskrift av firmatecknare före överlåtelsen

Blanketten ska skrivas under av någon av de personer som är firmatecknare i den vårdgivare vars verksamhet ska överlåtas.

11. Underskrift av firmatecknare efter överlåtelsen

Blanketten ska skrivas under av någon av de personer som är firmatecknare i det företag som ska ta över verksamheten.